

# **Perspectivas para mejorar la salud sexual de las minorías sexuales y de identidad de género en Guatemala**

## *Perspectives to improve the sexual health of sexual and gender identity minorities in Guatemala*

Jorge Alonzo (1), Lilli Mann (1), Florence Simán (2), Christina J. Sun (3), Mario Andrade (4), Guillermo Villatoro (5) & Scott D. Rhodes (1)

(1) Wake Forest School of Medicine, Department of Social Sciences and Health Policy, Division of Public Health Sciences, Medical Center Blvd., Winston-Salem; (2) El Pueblo, Inc.; (3) Portland State University; (4) APAES-Solidaridad; (5) Hospital Roosevelt, Unidad de Epidemiología

**Resumen:** Las minorías sexuales y de identidad de género en Guatemala son afectadas de manera desproporcionada por el VIH y otras infecciones transmitidas sexualmente (ITS). Sin embargo, poco se sabe de los factores que contribuyen al riesgo de infección en estas minorías. Investigadores de Estados Unidos y Guatemala quisimos informarnos sobre las necesidades de salud sexual e identificar características de programas de prevención de VIH/ITS para estas minorías. Llevamos a cabo 8 grupos focales con hombres gay, bisexuales y personas transgénero y entrevistas en profundidad con líderes comunitarios. Utilizamos el Método Comparativo Constante para analizar las transcripciones. Identificamos 24 factores que influyen en la salud sexual y 16 características de programas para reducir el riesgo de VIH/ITS en estas poblaciones. La identificación de factores de conductas sexuales de riesgo y de características de programas potencialmente efectivos ofrece gran potencial para desarrollar intervenciones que contribuyan a reducir el riesgo de infección por VIH/ITS en estas minorías en Guatemala.

**Palabras clave:** HSH, Guatemala, HIV, Prevención, Transgénero.

**Abstract:** Sexual and gender identity minorities in Guatemala are disproportionately affected by HIV and other sexually transmitted infections (STI). However, little is known about the health determinants among these minorities that contribute to infection risk. Health researchers from the United States and Guatemala sought to explore sexual health needs and identify characteristics of HIV/STI prevention programs for these minorities. Our partnership conducted 8 focus groups with gay and bisexual men, men who have sex with men, and transgender women; and 10 in-depth interviews with community leaders. We analyzed transcripts of the focus groups and in-depth interviews using the Constant Comparison Method. We identified 24 factors that influence sexual health which we organized into 5 ecological domains and 16 characteristics of potentially successful programs to reduce HIV/STI risk. The identification of sexual risk factors and characteristics of potentially successful programs offers great potential to develop interventions to help reduce the risk of HIV/STI infection among these minorities in Guatemala.

**Key words:** MSM, Guatemala, HIV, Prevention, Transgender.

Recibido: 09/10/2015 Revisado: 02/11/2015 Aceptado 28/11/2015 Publicado 31/01/2016

*Referencia normalizada:* Alonzo, J., Mann, L., Simán, F., Sun, C.J., Andrade, M., Villatoro, G., y Rhodes, S.D. Perspectivas para mejorar la salud sexual de las minorías sexuales y de identidad de género en Guatemala. *Ehquidad International Welfare Policies and Social Work Journal*, 5, 51-70. doi.10.15257/ehquidad.2016.0002.

*Correspondencia:* Jorge Alonzo, JD, Wake Forest School of Medicine, Department of Social Sciences and Health Policy, Division of Public Health Sciences, Medical Center Blvd., Winston-Salem, NC USA 27157; jalonzo@wakehealth.edu, 336-713-5048, (tel.), 336-716-7554 (fax).

## 1. INTRODUCCIÓN

La infección por VIH en Guatemala ha alcanzado proporciones de epidemia. A pesar de las imprecisas estimaciones de prevalencia debido a la carencia de recursos para la detección del VIH, bajo índice de individuos que se someten a las pruebas e insuficientes sistemas de notificación y monitoreo (Barczyk et al., 2010; Cohen et al., 2006), se calcula que la prevalencia nacional sea de 1% entre adultos. Las minorías sexuales y de identidad de género en Guatemala, específicamente hombres gay, bisexuales y en general hombres que tienen sexo con hombres (HSH) y personas transgénero, se encuentran

seriamente afectadas por VIH y otras infecciones de transmisión sexual (ITS). La tasa de incidencia entre HSH es de aproximadamente 10 veces superior al del resto de la población (Soto et al., 2007; Visión Mundial Guatemala, 2010). Se estima que la prevalencia entre HSH y personas transgénero, sea de alrededor de 11% (Miller et al., 2013; Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social Programa Nacional de Prevención y Control de ITS VIH y SIDA, 2007). Asimismo, la epidemia en Guatemala es concentrada; 70% de todas las personas que viven con VIH se encuentran en la capital, el área urbana más grande del país. Se estima que la prevalencia entre HSH que viven en la capital sea de hasta 18% (Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social Programa Nacional de Prevención y Control de ITS VIH y SIDA, 2007).

Además de esfuerzos existentes para reducir la infección por VIH/ITS (p.ej. distribución de condones), es necesario conocer más sobre la situación de las minorías sexuales y de identidad de género y aplicar diversas estrategias para reducir estas infecciones en números considerables. Por ejemplo, otros estudios realizados con estas minorías han identificado algunas de las barreras que enfrentan cuando intentan acceder a servicios de salud sexual (Boyce et al., 2012) y otros han resaltado la importancia de utilizar las redes sociales y sexuales y aprovechar el apoyo social entre los miembros de estos grupos para desarrollar programas de prevención efectivos (Rhodes et al., 2014; Tucker et al., 2014).

Los investigadores de los Estados Unidos quisieron realizar un estudio formativo con estas minorías en Guatemala. Con este objetivo, propusieron a la organización Asociación de Prevención y Ayuda a Enfermos de SIDA (APAES)-Solidaridad, en la ciudad de Guatemala, formar una asociación binacional a la que posteriormente se unieron representantes del Hospital Roosevelt y otros profesionales guatemaltecos. Nuestra asociación binacional diseñó el presente estudio para complementar los hallazgos de éstos y otros investigadores identificando otros factores que influyen en la salud sexual y las conductas sexuales de riesgo de estas minorías y

características específicas para la creación de programas con potencial de éxito para reducir el riesgo de infección por VIH/ITS en estas comunidades.

## **2. MÉTODOS**

Los investigadores de los Estados Unidos de nuestra asociación han realizado estudios de salud sexual centrados en la población latina en general (Rhodes, 2012; Rhodes et al., 2009; Rhodes et al., 2012a; Rhodes et al., 2011) y hombres latinos gay, bisexuales, HSH y personas transgénero en particular (Rhodes, 2012; Rhodes et al., 2013; Rhodes et al., 2012b) utilizando el enfoque de investigación participativa basada en la comunidad (CBPR por sus siglas en inglés). Este enfoque da relevancia equitativa a investigadores académicos, organizaciones y miembros comunitarios durante todas las etapas de la investigación para desarrollar intervenciones culturalmente congruentes basadas en las experiencias y en las redes sociales existentes en la comunidad, ha resultado prometedor para la prevención de VIH en las comunidades latinas (Rhodes, 2012; Rhodes et al., 2015; Rhodes et al., 2013; Rhodes et al., 2009; Rhodes et al., 2012a; Rhodes et al., 2012b; Rhodes et al., 2011). Aunque estos proyectos están centrados principalmente en latinos inmigrantes en los Estados Unidos, existe similitud entre las comunidades latinas en Carolina del Norte y Guatemala.

### ***Diseño y conducción del estudio***

En julio del 2011, en la Ciudad de Guatemala, los miembros de nuestra asociación llevaron a cabo grupos focales y entrevistas en profundidad. Estas metodologías cualitativas proveen oportunidades más completas para investigar las perspectivas de los participantes que aquellas que utilizan preguntas cerradas con opciones de respuestas predeterminadas. Se recabaron datos sociodemográficos tales como: edad, identidad sexual y de género, nivel de educación, situación laboral y comportamiento sexual con parejas masculinas y femeninas. Se usó el muestreo intencionado de “bola de nieve” para asegurar un amplio espectro de participantes en los grupos

focales. Los participantes de las entrevistas fueron seleccionados en base a su liderazgo en la comunidad gay.

Cada grupo focal y cada entrevista fueron audio grabados, con autorización de los participantes, y conducidos por dos moderadores gay nativos hispanohablantes de nuestra asociación experimentados en investigación cualitativa intercultural de salud sexual. Un miembro de nuestra asociación de Guatemala y otro de Estados Unidos se encargaron de tomar notas. Antes de iniciar las sesiones se realizó una explicación del estudio y del desarrollo de la discusión. Se usaron guías estandarizadas con preguntas abiertas sobre salud general y sexual, necesidades y prioridades. Las preguntas exploratorias que contenían temas sensibles eran realizadas generalmente de manera indirecta, usando la tercera persona, de modo que los participantes no tuvieran que responder sobre sus experiencias íntimas directamente, si no deseaban.

La supervisión del estudio y protección a sujetos humanos fueron proporcionados por el Comité de Revisión Institucional de Wake Forest School of Medicine y del Comité de Ética Independiente Zugueme, el Comité de Revisión Institucional de Guatemala. Se obtuvo el consentimiento informado de cada participante.

### ***Análisis de datos e interpretación***

Después de cada sesión de grupo, los miembros de la asociación se reunían para revisar lo escuchado durante el transcurso de las sesiones y desarrollar códigos preliminares y temas usando el Método Comparativo Constante, una manera de aplicar la Teoría Fundamentada (Goetz y LeCompte, 1984; Miles y Huberman, 1994). Al finalizar las sesiones grupales y después de que el equipo identificó temas emergentes, se llevaron a cabo las entrevistas con líderes comunitarios para obtener sus perspectivas sobre salud sexual y sobre los temas emergentes.

Las discusiones de los grupos y las entrevistas fueron transcritas literalmente por un transcriptor profesional. Los integrantes del equipo posteriormente codificaron las transcripciones, refinaron los temas y los interpretaron. El Método Comparativo Constante, el cual utilizamos para analizar las transcripciones, empieza con observaciones iniciales y produce un continuo refinamiento durante todo el proceso de análisis y recopilación de datos (Goetz y LeCompte, 1984). En lugar de iniciar el proceso de investigación con una noción preconcebida de lo que estaba ocurriendo, nos enfocamos en entender el cúmulo de experiencias y lograr una mejor comprensión partiendo de patrones de la vida real (Glaser y Strauss, 1967).

El objetivo del análisis era identificar temas comunes y no cuantificar las experiencias de los participantes (Miles y Huberman, 1994). Exploramos características de los participantes utilizando estadísticas descriptivas, así como frecuencias o promedios y desviaciones estándar (DE) utilizando SPSS 19.

### **3. RESULTADOS**

#### ***Participantes***

Un total de 97 participantes tomaron parte en el estudio, 87 en los grupos focales y 10 en las entrevistas en profundidad. La edad promedio fue de 28 años; tres cuartos de los participantes se identificaron como hombres y casi un cuarto como persona transgénero. Las características de los participantes se encuentran en la Tabla 1.

**Tabla 1.** Características seleccionadas de participantes de grupos focales de discusión (n=87) y de entrevistas detalladas (n=10) con minorías sexuales y de identidad de género en Ciudad de Guatemala, julio 2011

Características	Promedio $\pm$ DE* o n** (%), según corresponda	
	Grupos focales	Entrevistas
Edad en años	27.97 ( $\pm$ 8.8; rango 18-60)	36.5 ( $\pm$ 7.0; rango 23-44)
País de nacimiento		
Colombia	1 (1.1)	0
Guatemala	81 (93.10)	9 (90)
El Salvador	2 (2.2)	0
Honduras	3 (3.5)	0
Venezuela	0	1 (10)
Entre aquellos nacidos en Guatemala:	(n=81)	(n=9)
Departamento de nacimiento		
Alta Verapaz	1 (1.2)	0
El Progreso	2 (2.5)	0
El Quiché	1 (1.2)	0
Escuintla	1 (1.2)	0
Guatemala	53 (65.4)	5 (55.6)
Izabal	4 (4.9)	0
Jalapa	1 (1.2)	0
Jutiapa	1 (1.2)	0
Peten	1 (1.2)	0
Quetzaltenango	3 (3.7)	0
Retalhuleu	1 (1.2)	0
Sacatepéquez	0	1 (11.1)
San Marcos	3 (3.7)	0
Santa Rosa	1 (1.2)	1 (11.1)
Suchitepéquez	2 (2.5)	0
Zacapa	2 (2.5)	1 (11.1)
Departamento no reportado	7 (8.6)	1 (11.1)
Género		
Masculino	64 (73.6)	10 (100)
Transgénero de hombre a mujer	21 (24.1)	
Transgénero de mujer a hombre	2 (2.3)	
Nivel de educación		
Ninguno	2 (2.3)	0
Algún grado de educación primaria	4 (4.6)	1 (10)
Primaria (6 años completos de escolaridad)	12 (13.8)	2 (20)
Algún grado de educación secundaria	10 (11.5)	1 (10)
Secundaria (9 años completos de escolaridad)	17 (19.5)	3 (30)
Más de secundaria	42 (48.3)	3 (30)
Empleado actualmente	54 (62.1)	8 (80)
Situación de vida actual		
Vive con su pareja sexual masculina	13 (14.9)	
Vive con su pareja sexual femenina	1 (1.1)	
Vive con otro miembro de su familia	34 (39.1)	
Vive solo(a)	28 (32.2)	
Otro	11 (12.6)	
Múltiples parejas sexuales masculinas en los últimos 3 meses	63 (72.4)	
Promedio de parejas masculinas entre aquellos que reportaron múltiples parejas sexuales masculinas en los últimos 3 meses	7.9 ( $\pm$ 9.2; rango 2-50)	
Múltiples parejas sexuales femeninas en los últimos 3 meses	6 (6.9)	
Múltiples parejas sexuales masculinas o femeninas en los últimos 3 meses	67 (77.0)	

\* Desviación estándar

\*\*Número

Fuente: Elaboración propia

### ***Hallazgos cualitativos***

Identificamos 24 factores (Tabla 2) que influyen en la salud sexual y los organizamos en 5 ámbitos ecológicos: individual, interpersonal, comunitario, institucional y políticas públicas. Los factores que resaltaron en los diferentes ámbitos fueron: en el ámbito individual, serios conceptos erróneos sobre VIH y transmisión y prevención de ITS y percepción negativa respecto al uso de condones. En el ámbito interpersonal, la ausencia de diálogo sobre sexualidad en la familia y el rechazo por parte de ésta por ser homosexual o transgénero. En el ámbito comunitario, difícil acceso a condones a bajo costo o gratuitos y estigma respecto a ser VIH positivo. En el ámbito institucional, resaltó la existencia de discriminación, falta de sensibilidad por parte de proveedores de salud y acceso limitado a lugares donde hacerse las pruebas de VIH/ITS y finalmente en el ámbito de políticas públicas se identificó la percepción de falta de confidencialidad por parte de los proveedores de salud, lo cual reduce todavía más la motivación para hacerse las pruebas. Los participantes resaltaron también el clima homofóbico en las instituciones y en gran parte de la población, lo cual impacta negativamente el bienestar psicosocial y la salud de estas minorías.

**Tabla 2:** Factores que influyen la salud sexual de minorías sexuales y de identidad de género organizados en ámbitos ecológicos: resultado de grupos focales de discusión y entrevistas detalladas en Ciudad de Guatemala, julio 2011

---

#### **Individual**

Conceptos erróneos sobre VIH y transmisión y prevención de ITS  
Reducida percepción de susceptibilidad al VIH y ITS  
Percepción negativa respecto a condones  
Carencia de habilidades para el uso correcto del condón  
Estigma internalizada hacia la homosexualidad  
Depresión y consumo de sustancias

#### **Interpersonal**

Ausencia de diálogo sobre salud sexual y sexualidad en las familias  
Rechazo de la familia por ser gay, comportamiento homosexual y por ser transgénero  
Percepción del uso del condón como barrera para lograr conectividad e intimidad  
Presunción que relaciones sexuales dentro del contexto de relaciones amorosas son libres de riesgo  
Erotización asociada con el no uso del condón  
Resistencia por parte de clientes de trabajadores del sexo al uso del condón

#### **Comunitario**

Discriminación intra e intergrupala  
Machismo y masculinidad  
Falta de acceso a condones a bajo costo  
Ausencia de espacios privados y seguros para negociar relaciones sexuales y uso del condón  
Estigma asociado con ser VIH positivo

---



---

**Institucional**

Acceso limitado a lugares donde hacerse pruebas de VIH o ITS

Carencia de centros de salud y de profesionales de salud en general asequibles y sensibles a la condición de los hombres gay, HSH y personas transgénero

Ausencia de materiales de promoción de la salud y prevención de enfermedades, específicos para estas minorías sexuales y de identidad de género.

Estigmatización proveniente de la iglesia

Reducida motivación para hacerse las pruebas de VIH como consecuencia de limitados recursos gubernamentales para aquellos que viven con el VIH

**Políticas públicas**

Percepción de falta de confidencialidad por parte de centros de salud y proveedores médicos

Retórica homofóbica compromete la salud sexual de hombres gay y bisexuales, HSH y personas transgénero

---

\* Fuente: Elaborada por los autores

Identificamos 16 características de programas con potencial de éxito para afrontar estos factores, las cuales describimos a continuación. Estas características, junto con citas relevantes de los participantes, se encuentran en la Tabla 3.

**Tabla 3.** Citas de participantes de grupos focales de discusión y de entrevistas detalladas referentes a características de programas potencialmente exitosos para reducir riesgo de infección por VIH/ITS en minorías sexuales y de identidad de género; Ciudad de Guatemala, junio 2011.

---

**1. Subsanciar vacíos de conocimiento y corregir conceptos erróneos**

“Muchos de los hombres que tienen sexo con hombres no se asumen como homosexuales. Todo lo que dicen es que son los machos: ‘Yo soy el macho [...] el que penetra, entonces no soy gay, no soy homosexual’ y no te infectas”.

“...hay una falta de conocimiento sobre el proceso de las pruebas de VIH [...] tengo relaciones sexuales con una persona y luego me quiero hacer la prueba en una fecha muy cercana a cuando tuve relaciones. Obviamente [la prueba] va a ser negativa [...] ése es el error que uno comete, uno no sabe el periodo de tiempo que tiene que pasar para hacerse la prueba”.

**2. Ofrecer orientación sobre cómo hacer frente a factores desencadenantes**

“Sales a tomar un trago o tal vez estás usando una droga, lo siguiente que vas a hacer es sexo [...] y no piensas en condones. No te interesan los condones”.

“Entonces los hombres no van a dejar de divertirse, pero necesitamos ayuda para saber cómo controlar influencias como estar en un bar tomando o cuando estamos en el parque del centro donde sabemos que a veces va a haber sexo sin protección”.

**3. Proveer orientación respecto a cómo tener acceso a recursos limitados**

“...acá en Guatemala hay organizaciones que dan medicinas o ayudan a gente que ya está enferma [con el VIH], pero estas instituciones parece que [...] nadie sabe dónde están o si existen”.

**4. Tener una visión positiva de la sexualidad.**

“No quiero que te enfoques en lo que no puedo hacer. Necesito enfocarme en mi mismo...como hombre gay saludable que tiene sexo como parte de ser un hombre gay saludable”.

“...somos gay y tenemos que mostrar al mundo que no hay razón para ser tratados diferente, pero tenemos que estar unidos [...] porque juntos somos fuertes...”

**5. Ser interactivo**

“Tengo muchos amigos que no están interesados en este tema [programas de prevención]. Las estrategias que estas instituciones usan son aburridas, ellos tiene que buscar la manera de captar la atención de las personas [...] la información se debe dar de una manera que llegue a la gente y que sea entendible y más motivadora [...] por ejemplo,[ellos dicen] hay este folleto y eso es todo”.

“...si yo fuera a hacer un programa [de prevención] pondría más actividades y no sólo que nos lean y nos muestren una película sobre un montón de cosas que la gente no entiende...”

**6. Propiciar una mejor comprensión hacia aquellos que viven con el VIH.**

“Una de las más grandes preocupaciones que tiene uno cuando se infecta con el VIH es la discriminación [...] cuando saben de alguien infectado, esta gente dice ‘No se acerquen’...”

**7. Ofrecer espacios donde los participantes se sientan seguros para facilitar diálogo de apoyo en grupo**

“Nosotros no tenemos la oportunidad de hablar y relacionarnos. No hay nadie que nos guíe para vivir en este mundo. Si eres *straight* tienes a tu familia. Si eres gay, no tienes a nadie a quién recurrir o quién te ayude [...] pero la verdad es que mucha gente que no es gay no entiende y no se ha puesto en nuestro lugar”.

“Muchos en nuestra comunidad muchas veces no van a sitios públicos [...] es una gran preocupación porque no hay respeto hacia nuestra orientación”.

**8. Canalizar existentes redes sociales informales para llegar a subgrupos**

“...tenemos que llamar a la unión de todos estos grupos. ¿Por qué? Porque todos tenemos los mismos problemas. Nosotros no tenemos un problema diferente al de las trans. Todos tenemos lo mismo. Entonces cuando juntemos a estos líderes, podremos pasar información”.

**9. Incorporar valores mayas, lenguas e imágenes**

“La cosmovisión de los mayas tenía a la homosexualidad como parte de la vida, una parte de la vida que es diversa [...] pero empezando con la invasión española en este país, el machismo se extendió...”

“Necesitamos imágenes significativas para nosotros como guatemaltecos y las imágenes mayas lo son, aun cuando no sabemos su significado exacto”

“Tal vez *Ahan Chamahez* [dios de la medicina y la salud] podría ser usado para promover condones para los gay en Guatemala”.

**10. Utilizar los valores tradicionales guatemaltecos como base**

“Los valores tradicionales guatemaltecos no son todos malos, la familia y el colectivismo se pueden usar para construir juntos, apoyarnos como familia y cuidarnos”.

**11. Facilitar liderazgo entre minorías sexuales y de identidad de género**

“Hay más que hacer que sólo repartir condones. Necesitamos desarrollar liderazgo para ayudarnos y abogar para obtener recursos y contribuir a que la sociedad sea más abierta a aceptarnos”.

**12. Desarrollar capacidad**

“Es difícil vivir en esta sociedad. Como gay, uno enfrenta sentimientos de desadaptación [...] te desprecian por ser gay. Incluso tú te desprecias [...] por no ser un hombre como es definido por otros”.

“Todos enfrentamos una dura realidad, necesitamos aprender unos de otros, apoyarnos y juntos lograr un cambio. Nuestras vidas son más duras porque no estamos unidos como comunidad, más bien nos atacamos entre nosotros y eso no está bien”.

**13. Usar tecnología**

“Lo primero [para el éxito de un programa de prevención] es hacer buena publicidad para que la gente sepa que está ahí...a través de la televisión, radio, periódicos...”

“[Para dar información localizar a los gay] en los “chats”, Facebook, [la página web] GayGuatemala...”

**14. Proveer programas comunitarios de apoyo para padres y familias**

“...hay muchos jóvenes que se prostituyen porque cuando sus padres descubren que son homosexuales, los echan de sus casas y estos pobres chicos no saben qué hacer y se empiezan a vender, [debería crearse] información para la familia, crear conciencia en la familia”.

“...el tema del VIH es todavía tabú en las casas y los padres no hablan con sus hijos. Entonces los hijos buscan la información en las calles...”

**15. Incrementar capacidades de activismo**

“Escoger a una persona que sepa suficiente sobre derechos humanos, discriminación, homofobia y juntar a un grupo de gente joven [...] y realizar un proyecto donde todos los temas sean discutidos”.

“Ahora como mujer transgénero lideresa en mi comunidad, trato de educar a mis compañeros, a la sociedad en general y compartir el conocimiento que tengo para una vida mejor”.

**16. Asociarse con minorías sexuales y de identidad de género en las universidades**

“Yo puedo hacer lo que hago, pero no puedo influir en aquellos que tienen el poder, yo sólo puedo alcanzar a aquellos en la calle, pero necesitamos alcanzar a aquellos que están más arriba”.

Fuente: Elaborada por los autores

*Subsanar vacíos de conocimiento y corregir conceptos erróneos.* En general, los participantes tenían conceptos erróneos respecto a VIH/ITS. Manifestaron que los programas de prevención deben incluir información básica para subsanar vacíos de conocimiento respecto a transmisión, prevención y tratamiento. Por ejemplo, un participante relató que existe una falta de conocimiento respecto al periodo de tiempo que la persona debe esperar para hacerse una prueba de VIH después de un encuentro sexual sin protección. Manifestó que es común que la persona quiera hacérsela inmediatamente después del encuentro sexual. Sin embargo, la prueba no detectará si la persona está infectada ya que fue realizada dentro del periodo de ventana.

*Ofrecer orientación referente a maneras de hacer frente a factores desencadenantes.* Afirmaron que necesitaban orientación sobre cómo manejar factores desencadenantes, tales como uso irregular del condón al consumir alcohol o drogas o cuando tienen relaciones sexuales en ciertos lugares públicos como “cuartos oscuros” de bares, baños públicos, parques y hoteles “para sexo”. Manifestaron que en estos lugares, donde generalmente se practica sexo sin protección, es necesario facilitar el acceso a condones. Un participante dijo que las minorías sexuales necesitan ayuda para manejar los efectos que pueden darse cuando están en un bar tomando alcohol para evitar tener sexo sin protección.

*Proveer orientación respecto a cómo tener acceso a recursos limitados.* Manifestaron necesitar ayuda respecto a maneras de tener acceso a recursos tales como condones gratuitos o a costo reducido y pruebas de VIH/ITS. Algunos participantes no sabían en qué consistían estas pruebas. También sugirieron que los programas deberían proveer orientación sobre “lo que se espera” cuando se presenten para recibir servicios. Por ejemplo, un participante preguntó si otros pacientes estarían presentes cuando se le practicaran los exámenes médicos. Varios participantes mencionaron que desconocían de la existencia de centros de salud donde atendían a las personas VIH positivas. Otros manifestaron la necesidad de saber sobre sus derechos y si reunían los requisitos para atenderse.

*Tener una visión positiva de la sexualidad.* No todos los participantes tenían imágenes positivas de sí mismos en cuanto a ser gay, bisexual, transgénero y/o a comportamiento sexual con parejas del mismo sexo, pero hubo consenso respecto a que los programas deban tener una visión positiva de la sexualidad.

*Ser interactivo.* Los participantes se declararon contrarios a programación didáctica que “les recordara a la escuela”. Reportaron que los programas debían involucrarlos, con actividades “para romper el hielo”, juegos y otras actividades interactivas y programación no didáctica.

*Propiciar una mejor comprensión hacia aquellos que viven con el VIH.* Entender las experiencias de aquellos que viven con el VIH fue identificado como tema fundamental para incluir en programas de prevención, así como estrategias para hacer frente a la situación; opciones de tratamiento y asistencia y cómo enfrentar la reacción de la familia y amigos. Dijeron que “darle un rostro” al VIH ayudaría a personalizar el riesgo hacia el VIH, haciéndolo real y reduciendo el estigma.

*Ofrecer espacios donde los participantes se sientan seguros para facilitar diálogo de apoyo en grupo.* Manifestaron querer oportunidades y asistencia para hablar, en espacios donde se sintieran seguros, sobre asuntos relevantes a sus experiencias como minorías sexuales y de identidad de género, tales como: masculinidad/machismo; expectativas familiares, religiosas y sociales; expresiones y significados de amor e intimidad entre hombres y entre personas transgénero; dinámicas de poder en el contexto de sexo casual y de relaciones establecidas y discriminación intergrupala.

*Canalizar existentes redes sociales informales para llegar a subgrupos.* Afirmaron que los programas de prevención deberían utilizar las redes sociales existentes y que por medio de ellas podrían ayudarse unos a otros y aprender sobre prevención de VIH/ITS, pruebas y asistencia. Los participantes sugirieron que los integrantes de estas redes deban ser confiables y discretos y recibir entrenamiento para que se sientan cómodos ofreciendo consejos sobre asuntos sensibles. Identificaron cinco diferentes subgrupos: HSH “en el closet” casados con mujeres; hombres gay “fuera del closet”; hombres gay que no están “fuera del closet” pero que frecuentan bares gay; trabajadores sexuales y personas transgénero. Cada uno de estos subgrupos necesitaría tener sus propios promotores de salud que fueran confiables, ya que estos subgrupos poseen riesgos diferenciales que requieren diferentes tipos de programas.

***Incorporar valores mayas, lenguas e imágenes.*** Sugirieron que los programas pueden beneficiarse con la incorporación de valores, lenguas e imágenes mayas. Un participante dijo que se necesitaban imágenes significativas para ellos como guatemaltecos y las imágenes mayas lo son. Otro manifestó que la homosexualidad era aceptada por los antiguos mayas. Los participantes concluyeron que el orgullo de pertenecer a la cultura maya podría ser usado en programas para incrementar la autoestima y protección mutua entre las minorías sexuales y de identidad de género.

***Utilizar los valores tradicionales guatemaltecos como base.*** Los participantes manifestaron que los programas de prevención deberían ser diseñados dentro del marco de los valores propios de la cultura guatemalteca-familismo, dignidad, respeto y colectivismo o sentido solidario de grupo- y usarlos para apoyarse unos a otros en sus redes sociales y comunidades.

***Facilitar liderazgo entre minorías sexuales y de identidad de género.*** Señalaron que existe la necesidad de facilitar el liderazgo entre estas minorías y que algunos de ellos podrían estar interesados en desarrollar capacidad de liderazgo para aprender a organizarse y abogar por sus derechos y necesidades. Un participante manifestó que solamente repartir condones no es suficiente, sino que había necesidad de desarrollar liderazgo y apoyo mutuo.

***Desarrollar capacidad.*** Sugirieron que desarrollar capacidad y habilidades era necesario para confrontar el machismo, fatalismo, homofobia y discriminación. Afirmaron que estos constructos pueden llevar a conductas sexuales de riesgo y cualquier tipo de programa necesita incluirlos. Los miembros de un grupo focal concluyeron que para prevenir el VIH, las minorías sexuales y de identidad de género necesitan entenderse mejor, evitar discriminarse entre ellos y desarrollar un sentido de comunidad.

***Usar tecnología.*** Sugirieron el uso potencial de tecnología como herramienta para prevenir el riesgo de VIH. Las páginas web en Guatemala que facilitan

contactos sociales y sexuales a través del internet fueron identificadas como lugares potenciales donde se podrían implementar campañas de promoción.

*Proveer programas comunitarios de apoyo para padres y familias.* Dijeron que se necesitan programas dirigidos a padres y familias para modificar actitudes y mejorar las vidas en los hogares de las minorías sexuales y de identidad de género. Muchos reportaron haber sido echados de sus casas cuando sus familias se enteraron de su orientación sexual o identidad de género y encontrándose sin una vivienda estable y sin apoyo familiar los condujo a “sexo para sobrevivir”, depresión, uso de alcohol y drogas, factores todos asociados con conductas sexuales de riesgo.

*Incrementar capacidades de activismo.* Reportaron sentir la responsabilidad de ser parte de un cambio necesario para mejorar la situación en la que viven los hombres gay, bisexuales, HSH y personas transgénero en Guatemala. Los participantes se refirieron también a la necesidad de conseguir, a través de entrenamientos, ser mejores promotores y defensores comunitarios y que los servicios médicos sean impartidos de manera culturalmente congruente. También discutieron sobre la necesidad de abogar por estándares éticos más elevados; por ejemplo, algunos hablaron de la necesidad de mejorar los estándares de confidencialidad entre el personal de hospitales, ONGs y otras organizaciones que proporcionan servicios médicos.

*Asociarse con minorías sexuales y de identidad de género en las universidades.* Reportaron que convendría asociarse con miembros de estas minorías “privilegiadas” que asisten a universidades, ya que ellos podrían tener más influencia y oportunidad para acceder a segmentos de la población que contribuirían a producir un cambio positivo en la sociedad respecto a las minorías objeto de este estudio.

#### **4. DISCUSIÓN**

Este estudio provee información que puede servir como base para un posterior desarrollo, implementación y evaluación de programas e

intervenciones dirigidos a estas minorías. En este estudio emergieron 24 factores que influyen la salud sexual que organizamos dentro de 5 ámbitos ecológicos. Varios de estos factores merecen ser resaltados: la necesidad de impartir tanto el conocimiento como desarrollar habilidades para reducir las conductas sexuales de riesgo; las actitudes respecto al riesgo y seguridad en el contexto de las relaciones sexuales deben ser abordadas, especialmente en el contexto de relaciones de pareja; el acceso a condones a bajo costo o gratuitos constituye una prioridad, así como la necesidad de generar un clima de confianza para asegurar que la información médica de estas minorías no será divulgada. El estudio revela también la gran necesidad de reducir discriminación en general y particularmente aquella proveniente de los proveedores de salud.

Tomando en consideración estos factores que afectan la salud de estas minorías, identificamos también 16 características de programas potencialmente exitosos para reducir el riesgo de infección por VIH/ITS luego del sistemático análisis de la información de los grupos focales y de las entrevistas. Entre los hallazgos más destacados, podemos mencionar, según las afirmaciones de los participantes, la necesidad de implementar programas de prevención para llenar los vacíos de conocimiento y corregir conceptos erróneos sobre prevención y transmisión del VIH/ITS, facilitar acceso a asistencia médica y tratamiento, orientación respecto a cómo manejar factores desencadenantes especialmente cuando el individuo consume alcohol y drogas y/o se encuentra en lugares donde es más probable que se produzcan conductas sexuales de riesgo (p.ej., saunas, baños públicos, cines, etc.). Éstos y otros factores reflejan la necesidad de programaciones preventivas para estas minorías. Dado que otros estudios han encontrado asociación entre la violencia física y psicológica y conductas sexuales de riesgo bajo la influencia de alcohol o drogas (Wheeler et al., 2014), la característica sobre cómo manejar los factores desencadenantes debería abordar la relación entre la violencia y las infecciones por VIH/ITS. Los participantes mencionaron la necesidad de dirigir la atención a diferentes redes sociales y, aprovechando a pares confiables y bien

conectados, se conseguiría incrementar conocimiento y producir cambios en actitudes y comportamientos. Estas intervenciones pueden llegar a un gran número de miembros de una comunidad específica utilizando mensajes significativos para aquellos pertenecientes a su misma comunidad, ya que comparten experiencias y perspectivas comunes. Por ejemplo, un trabajador sexual puede identificarse más fácilmente con otro trabajador sexual y proveer orientación y apoyo de maneras que son auténticas a sus experiencias comunes. En general, la evidencia que vincula intervenciones de redes sociales con conductas sexuales de riesgo reducidas es limitada, aunque algunas de estas intervenciones con hombres latinos en los Estados Unidos han mostrado resultados prometedores (Rhodes et al., 2015; Rhodes et al., 2013; Rhodes et al., 2009; Wang et al., 2011). Programas de este tipo deberían continuar siendo explorados (Eng et al., 2009; Rhodes et al., 2012c; Wang et al., 2011). Sin embargo, mucho depende de la selección y entrenamiento de pares, por ejemplo de líderes de redes sociales, trabajadores comunitarios o promotores de salud (Rhodes et al., 2012c; Rhodes et al., 2009). Un estudio realizado con estas minorías en Guatemala demostró la necesidad de expandir y fortalecer las existentes redes sociales para complementar los esfuerzos de prevención de VIH/ITS (Tucker et al., 2014). Además, la mayoría de guatemaltecos son de ascendencia Maya y programas que reflejen los valores de esta cultura pueden resultar efectivos. Esta conclusión refleja otra dimensión de congruencia cultural: los programas de prevención en los Estados Unidos han hecho uso del sentimiento de orgullo de pertenecer a un grupo étnico como una variable clave en intervenciones conductuales de prevención del VIH (Rhodes et al., 2015; Rhodes et al., 2009; Rhodes, et al., 2012a; Rhodes et al., 2011).

## **5. LIMITACIONES**

Estos hallazgos no pueden ser generalizados a todos los guatemaltecos. Los participantes fueron todos urbanos e hispanohablantes. Sin embargo, para fines de investigación formativa, nuestros hallazgos proveen información sobre prevención de VIH/ITS con minorías sexuales y de identidad de género



provenientes de comunidades y entornos similares. Posteriores investigaciones usando metodologías alternativas de recopilación de datos, tales como más entrevistas individuales en profundidad y evaluaciones espontáneas realizadas en lugares específicos seleccionados por ser frecuentados por estas minorías pueden proveer información y perspectivas adicionales referentes a conductas sexuales de riesgo en estas comunidades.

## **6. CONCLUSIONES**

Debido a los crecientes índices de infecciones por VIH entre las minorías objeto de este estudio, debemos desarrollar, implementar y evaluar intervenciones que tengan el más elevado potencial de éxito. La identificación de factores de conductas sexuales de riesgo y de características de programas prometedores ofrece un gran potencial para desarrollar intervenciones que contribuyan a reducir el riesgo de infección por VIH/ITS en las minorías sexuales y de identidad de género y ayudaría a complementar los esfuerzos realizados por otros investigadores para entender mejor la situación de estas minorías en Guatemala.

## **7. RECONOCIMIENTO**

El financiamiento del presente estudio fue proporcionado por Wake Forest School of Medicine

## **8. REFERENCIAS**

- Barczyk, J., Garcia, J., y Casabona, J. (2010). The potential contribution of small-scale intervention projects in the field to the national health information system for HIV and sexually transmitted infections: a case study of a multilevel intervention in Guatemala. *Int J Public Health, 55*(6), 693-699. doi: 10.1007/s00038-010-0179-7
- Boyce, S., Barrington, C., Bolanos, H., Arandi, C. G., y Paz-Bailey, G. (2012). Facilitating access to sexual health services for men who have sex with

- men and male-to-female transgender persons in Guatemala City. *Cult Health Sex*, 14(3), 313-327. doi: 10.1080/13691058.2011.639393.
- Cohen, D. A., Wu, S. Y., y Farley, T. A. (2006). Structural interventions to prevent HIV/sexually transmitted disease: are they cost-effective for women in the southern United States? *Sex Transm Dis*, 33(7 Suppl), S46-49. doi: 10.1097/01.olq.0000221015.64056.ee
- Eng, E., Rhodes, S. D., y Parker, E. A. (2009). Natural helper models to enhance a community's health and competence. En R. J. DiClemente, R. A. Crosby y M. C. Kegler (Eds.), *Emerging Theories in Health Promotion Practice and Research* (Vol. 2, pp. 303-330). San Francisco, CA: Jossey-Bass.
- Glaser, B. G., y Strauss, A. L. (1967). *The Discovery of Grounded Theory: Strategies for Qualitative Research*. Chicago, IL: Aldine.
- Goetz, J. P., y LeCompte, M. D. (1984). *Ethnography and Qualitative Design in Educational research*. Orlando, FL: Academic Press Inc.
- Miles, A. M., y Huberman, M. M. (1994). *Qualitative Data Analysis: An Expanded Sourcebook* (2nd ed.). Thousand Oaks, CA: Sage.
- Miller, W. M., Buckingham, L., Sánchez-Domínguez, M. S., Morales-Miranda, S., y Paz-Bailey, G. (2013). Systematic review of HIV prevalence studies among key populations in Latin America and the Caribbean. *Salud Publica Mex*, 55 (Suppl 1), S65-S78.
- Ministerio de Salud Publica y Asistencia Social Programa Nacional de Prevencion y Control de ITS VIH y SIDA. (2007). *Informe Nacional sobre los progresos realizados en el seguimiento a la declaracion de compromiso sobre el VIH y SIDA - UNGASS*. Ciudad de Guatemala: Ministerio de Salud Publica y Asistencia Social Programa Nacional de Prevención y Control de ITS, VIH y SIDA.
- Rhodes, S. D. (2012). Demonstrated effectiveness and potential of CBPR for preventing HIV in Latino populations. En K. C. Organista (Ed.), *HIV Prevention with Latinos: Theory, Research, and Practice* (pp. 83-102). New York, NY: Oxford.
- Rhodes, S. D., Alonzo, J., Mann, L., Andrade, M., Downs, M., Villatoro, G. R., y Bachmann, L. H. (2014). Novel approaches to HIV prevention and sexual

- health promotion among Guatemalan gay and bisexual men, MSM, and transgender persons. *AIDS Education and Prevention*, *26*(4), 345-361. doi: 10.1521/aeap.2014.26.4.345.
- Rhodes, S. D., Alonzo, J., Mann, L., Downs, M., Andrade, M., Wilks, C., . . . Bachmann, L. H. (Epub ahead of print). The ecology of sexual health of sexual minorities in Guatemala City. *Health Promot Int*. doi: 10.1093/heapro/dau013.
- Rhodes, S. D., Alonzo, J., Mann, L., Freeman, A., Sun, C. J., Garcia, M. y Painter, T. M. (2015). Enhancement of a locally developed HIV prevention intervention for Hispanic/Latino MSM: A partnership of community-based organizations, a university, and the Centers for Disease Control and Prevention *AIDS Education and Prevention*, *27*(4), 312-332. doi: 10.152/aeap.2015.27.4.312.
- Rhodes, S. D., Daniel, J., Alonzo, J., Duck, S., Garcia, M., Downs, M., . . . Marsiglia, F. (2013). A systematic community-based participatory approach to refining an evidencebased community-level intervention: The HOLA intervention for Latino men who have sex with men. *Health Promotion Practice*, *14*(4), 607-616. doi: 10.1177/1524839912462391.
- Rhodes, S. D., Daniel, J., Alonzo, J., Vissman, A. T., Duck, S., Downs, M., y Gilbert, P. A. (2012c). A snapshot of how Latino heterosexual men promote sexual health within their social networks: Process evaluation findings from an efficacious community-level intervention. *AIDS Educ Prev*, *24*(6), 514-526. doi: 10.1521/aeap.2012.24.6.514.
- Rhodes, S. D., Hergenrather, K. C., Bloom, F. R., Leichter, J. S., y Montano, J. (2009). Outcomes from a community-based, participatory lay health adviser HIV/STD prevention intervention for recently arrived immigrant Latino men in rural North Carolina. *AIDS Educ Prev*, *21*(5 Suppl), 103-108. doi: 10.1521/aeap.2009.21.5\_suppl.103.
- Rhodes, S. D., Kelley, C., Simán, F., Cashman, R., Alonzo, J., Wellendorf, T., . . . Reboussin, B. (2012a). Using community-based participatory research (CBPR) to develop a community-level HIV prevention intervention for Latinas: A local response to a global challenge. *Womens Health Issues*, *22*(3), 293-301. doi: 10.1016/j.whi.2012.02.002.

- Rhodes, S. D., McCoy, T. P., Hergenrather, K. C., Vissman, A. T., Wolfson, M., Alonzo, J., . . . Eng, E. (2012b). Prevalence estimates of health risk behaviors of immigrant Latino men who have sex with men. *Journal of Rural Health, 28*(1), 73-83. doi: 10.1111/j.1748-0361.2011.00373.x.
- Rhodes, S. D., McCoy, T. P., Vissman, A. T., DiClemente, R. J., Duck, S., Hergenrather, K. C., . . . Eng, E. (2011). A randomized controlled trial of a culturally congruent intervention to increase condom use and HIV testing among heterosexually active immigrant Latino men. *AIDS and Behavior, 15*(8), 1764-1775. doi: 10.1007/s10461-011-9903-4.
- Soto, R. J., Ghee, A. E., Nunez, C. A., Mayorga, R., Tapia, K. A., Astete, S. G., . . . Holmes, K. K. (2007). Sentinel surveillance of sexually transmitted infections/HIV and risk behaviors in vulnerable populations in 5 Central American countries. *J Acquir Immune Defic Syndr, 46*(1), 101-111. doi: 10.1097/QAI.0b013e318141f913.
- Tucker, C., Arandi, C. G., Bolanos, J. H., Paz-Bailey, G., y Barrington, C. (2014). Understanding social and sexual networks of sexual minority men and transgender women in Guatemala city to improve HIV prevention efforts. *J Health Care Poor Underserved, 25*(4), 1698-1717. doi: 10.1353/hpu.2014.0163
- Visión Mundial Guatemala. (2010). *Informe de línea final de evaluación: Proyecto Intensificación de las Acciones de Prevención de VIH/SIDA Grupos Vulnerables y Áreas Prioritarias de Guatemala*. N. GUA-304-G01-H. Disponible en: [http://www.pasca.org/sites/default/files/Linea\\_Final\\_VIH\\_VMFM\\_2010.pdf](http://www.pasca.org/sites/default/files/Linea_Final_VIH_VMFM_2010.pdf)
- Wang, K., Brown, K., Shen, S. Y., y Tucker, J. (2011). Social network-based interventions to promote condom use: a systematic review. *AIDS Behav, 15*(7), 1298-1308. doi: 10.1007/s10461-011-0020-1.
- Wheeler, J., Anfinson, K., Valvert, D., y Lungo, S. (2014). Is violence associated with increased risk behavior among MSM? Evidence from a population-based survey conducted across nine cities in Central America. *Glob Health Action, 7*, 24814. doi: 10.3402/gha.v7.24814.